……………………………….

……………………………….

Nazwa i adres Wykonawcy

**„Świadczenie usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych w tym dla osób z zaburzeniami psychicznymi dla podopiecznych Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Chodzieży w 2025 r.”**

**Wykaz osób, które będą uczestniczyć w realizacji przedmiotu zamówienia**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Doświadczenie w świadczeniu usług opiekuńczych** | | | **Doświadczenie w świadczeniu usług specjalistycznych zgodnie z § 3.1 Rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej z dnia 22.09.2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych** | | | **Doświadczenie w świadczeniu usług specjalistycznych zgodnie z § 3.2 Rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej z dnia 22.09.2005 r.  w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych** | | |
| **okres od-do** | **miejsce świadczenia, kwalifikacje,** | **podstawa**  **dysponowania** | **okres od-do** | **miejsce świadczenia,**  **kwalifikacje, wykształcenie** | **podstawa dysponowania** | **okres od-do** | **miejsce świadczenia,**  **kwalifikacje, wykształcenie** | **podstawa**  **dysponowania** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

..........................., dnia ................. 2024 r.

*......................................................*

( podpis osoby upoważnionej)